

Fusão lombar

Esta página foi traduzida automaticamente e ainda não foi verificada por um médico. A **versão em inglês** é a versão oficial.

Resumo da recuperação. Agregado de 80 estudos publicados — seu ritmo de recuperação será diferente.

TAREFAS LEVES trabalho de escritório, dirigir, tarefas diárias	A MAIORIA DAS ATIVIDADES DO DIA A DIA trabalho manual, esporte, academia	PLATÔ DO RESULTADO FINAL dor e força
3 weeks O início precoce da reabilitação baseada em fortalecimento é seguro e permite uma recuperação funcional mais rápida, a partir de 3 semanas após a cirurgia.	3 months Monitoradores objetivos de atividade demonstram uma recuperação gradual dos níveis de atividade nos 3 meses seguintes à cirurgia lombar.	24 months Os resultados clínicos e a redução da dor após a fusão espinal lombar com instrumentação dinâmica atingem seu pico 2 anos após a cirurgia.

Por que esta cirurgia foi sugerida

A fusão lombar é uma cirurgia que une dois ou mais ossos da região lombar para que eles se consolidem como uma única estrutura sólida. Geralmente a indicamos para casos em que a coluna se deslocou (espondilolistese) ou tornou-se instável, quando a dor é persistente e incapacitante, não melhorando com tratamentos não cirúrgicos como fisioterapia, mudança de atividades ou injeções. Para dores lombares decorrentes do desgaste articular sem uma causa estrutural clara, não recomendamos a fusão; além disso, a cirurgia costuma ser evitada quando a dor provém de um disco degenerado. Quando há comprometimento dos nervos devido ao deslocamento da coluna, a cirurgia tende a ser mais eficaz do que o tratamento conservador. O objetivo é obter alívio duradouro da dor, melhorar a funcionalidade e garantir estabilidade à coluna. Conversaremos com você sobre os benefícios e riscos, para decidirmos juntos se esta cirurgia é adequada ao seu caso.

Antes da operação

Nas semanas que antecedem a cirurgia, confirmaremos o plano de tratamento com base nos exames que você já realizou, como radiografias ou ressonância magnética; caso haja alterações na sua coluna, poderemos solicitar

novas imagens. Assim que a data for definida, você receberá instruções claras da nossa equipe. Será necessário parar de comer e beber sete horas antes da cirurgia. Pedimos esse período de jejum mais longo para que, caso a agenda cirúrgica permita, a operação possa ser antecipada. Alguns medicamentos precisam ser suspensos previamente; informaremos exatamente quais e quando. Se você possui outras condições médicas, pode ser necessário fazer exames de sangue ou uma avaliação com o anestesista, o médico responsável pela anestesia; porém, na maioria dos casos isso não é necessário. Providencie alguém para levá-lo para casa e traga uma lista dos medicamentos que está tomando atualmente. No dia da cirurgia, use roupas largas e confortáveis.

No dia da cirurgia

Você chega à unidade de admissão cirúrgica do hospital, onde será registrado e preparado para a sala de operações. Conhecerá o anestesista, o médico responsável pela aplicação da anestesia. Esta cirurgia é realizada sob anestesia geral. Às vezes, é adicionado um bloqueio nervoso regional para alívio da dor pós-operatória; o anestesista conversará sobre isso com você no próprio dia. Em seguida, você é levado para a sala de operações, onde a cirurgia é realizada.

Ao término da cirurgia, você acorda na área de recuperação. As enfermeiras monitoram você enquanto a anestesia vai passando. Assim que sua condição se estabilizar, você será encaminhado para o quarto ou poderá ir para casa, dependendo do procedimento e da sua recuperação.

O que envolve a operação

A fusão lombar consiste em unir dois ou mais ossos da região lombar para que se consolidem como uma única peça sólida. O cirurgião acessa a coluna por meio de uma incisão, geralmente na parte posterior das costas. Em alguns casos, o acesso à coluna é feito lateralmente ou anteriormente, por meio de uma incisão no flanco ou no abdômen. O caminho escolhido pelo cirurgião depende de qual parte da coluna precisa ser tratada e dos exames de imagem realizados.

Ao chegar à coluna, o cirurgião remove o tecido que esteja pressionando os nervos, caso isso faça parte do plano cirúrgico; esse procedimento é chamado de descompressão. Em seguida, o cirurgião prepara o espaço entre os ossos e insere um espaçador, às vezes chamado de “gaiola”, que mantém os ossos separados e proporciona espaço para que se unam. Material de enxerto ósseo é colocado ao redor do espaçador para auxiliar na fusão dos ossos.

Para manter tudo no lugar enquanto o osso cicatriza, o cirurgião utiliza parafusos e barras metálicas. Os parafusos são inseridos nos ossos acima e abaixo da articulação a ser fusionada, e as barras os conectam. A maioria das pessoas não precisa usar órtese posteriormente, e o paciente pode começar a se movimentar já no dia seguinte à cirurgia.

A incisão é fechada com pontos e coberta por um curativo. Esse curativo deve ser mantido por cerca de 10 dias, conforme descrito na seção de recuperação.

Os passos exatos variam conforme a condição do paciente, o número de níveis envolvidos e a abordagem escolhida pelo cirurgião. Explicaremos o plano individualizado antes de você assinar o termo de consentimento, e você poderá fazer perguntas a qualquer momento.

Após a operação

Você acordará na sala de recuperação e, depois de estabilizado, será transferido para o quarto. As enfermeiras virão verificar seu estado regularmente e administrarão analgésicos para mantê-lo confortável. Sua equipe informará se você poderá ir para casa no mesmo dia ou se precisará ficar uma noite no hospital. Alguém deve permanecer com você nas primeiras 24 horas após o retorno para casa. Logo após a cirurgia, você poderá ser ajudado a sair da cama e a caminhar; a caminhada suave auxilia na recuperação. Deixamos o curativo por cerca de 10 dias; por favor, não o retire antes disso, a menos que receba instruções em contrário. Trocamos ou removemos o curativo quando o examinamos. Mantenha o local da incisão limpo e seco, e avise nossa equipe caso note vermelhidão que se espalha, inchaço, vazamento de líquido da ferida ou febre.

Recuperação

A recuperação varia de pessoa para pessoa; seu cronograma pode ser diferente do que outras pessoas descrevem. Seu cirurgião e fisioterapeuta o guiarão em cada etapa.

Nos primeiros dias e semanas, é normal sentir um pouco de dor e inchaço na região lombar. Isso faz parte do processo de cicatrização e deve diminuir gradualmente. O uso de analgésicos mantém o conforto, e caminhadas suaves também ajudam. Logo após a cirurgia, você provavelmente receberá ajuda para sair da cama e se movimentar; levantar-se cedo não prejudica a consolidação do osso.

Com o passar dos dias, você fará exercícios simples com o fisioterapeuta para ganhar força e retomar os movimentos. Iniciar esses exercícios precocemente é seguro e pode acelerar a recuperação da mobilidade. No primeiro mês pós-operatório, sua capacidade de atividade tende a diminuir, mas volta a aumentar gradualmente nos meses seguintes. Em casa, prefira caminhadas curtas e frequentes em vez de longas e esporádicas. Evite levantar pesos e fazer flexões até que sua equipe médica autorize. A maioria das pessoas não precisa usar órtese após esta cirurgia.

Assim que a ferida cicatrizar e o cirurgião constatar que sua coluna está se consolidando bem, você poderá aumentar gradualmente suas atividades diárias. Quando a dor e o inchaço diminuírem, as tarefas cotidianas se tornarão mais fáceis. Você poderá voltar a dirigir quando conseguir sentar-se confortavelmente, reagir rapidamente em frenagens de emergência e não estiver mais tomando analgésicos fortes. Consulte nosso guia sobre dirigir após a cirurgia para conhecer todas as regras.

Prossiga no seu próprio ritmo. Se sentir dor ou tiver alguma dúvida, comunique-se com sua equipe médica.

O que pode dar errado

A maioria dos pacientes se recupera bem, mas, ocasionalmente, podem surgir problemas. O seu cirurgião e a equipe o monitoram de perto para detectar qualquer problema precocemente.

Às vezes, os ossos não se unem em uma única peça sólida. Você pode notar o retorno da dor lombar intensa que o levou à cirurgia, ou dor que persiste mesmo após o período inicial de cicatrização. Se isso acontecer, mencione-o na próxima consulta para que possamos avaliar como o osso está se consolidando.

Os parafusos e hastes metálicas também podem causar problemas. Um parafuso pode afrouxar ou se deslocar, ou o espaçador entre os ossos pode se acomodar entre eles. Geralmente isso não gera sintomas, mas pode provocar dor novamente ou dor de tipo neurológico na perna. Informe-nos sobre qualquer dor nova ou que tenha piorado, para que possamos realizar exames de imagem e verificar o que está ocorrendo.

Os nervos que passam pela coluna podem ficar irritados durante a operação. Nesse caso, você pode sentir dor ardente ou em “raios” na perna, formigamento, dormência ou fraqueza na perna ou no pé. Essas alterações podem ser temporárias ou permanentes. Não existe cirurgia que garanta a resolução dos sintomas neurológicos após seu surgimento; portanto, comunique imediatamente à equipe caso perceba algum desses sinais.

Infecções podem ocorrer na ferida ou em áreas mais profundas, próximas aos implantes metálicos. Fique atento a dor profunda e latejante que não melhora com analgésicos comuns, vermelhidão que se espalha a partir do corte, secreção da ferida ou febre. Algumas infecções aparecem semanas ou até meses depois, quando a pele já cicatrizou. Caso note algum desses sinais, ligue para a clínica ou vá ao pronto-socorro.

Nesse tipo de cirurgia, pode haver perda de sangue maior do que a visível durante o procedimento. Se, após voltar para casa, sentir tontura, fraqueza ou falta de ar incomum, avise-nos.

Se você tem osteoporose, ossos frágeis ou outras condições de saúde, como doença hepática, as complicações são mais prováveis. Conversaremos sobre o seu perfil de risco antes da cirurgia.

A fusão de parte da região lombar também pode afetar outras articulações. Se no futuro precisar de cirurgia no quadril, a presença de uma fusão prévia aumenta o risco de deslocamento da prótese e de necessidade de novas intervenções. Vale a pena mencionar essa fusão a qualquer cirurgião que for atendê-lo.

A tabela de complicações nesta página apresenta as taxas típicas, caso queira conhecer os números exatos.

Quando nos contactar

A maioria dos problemas manifesta-se precocemente, e preferimos ser informados imediatamente. Contacte-nos se tiver febre, se a pele à volta da incisão ficar mais vermelha ou começar a libertar líquido, ou se a dor que estava a melhorar piorar subitamente. Contacte-nos se uma das pernas ficar inchada ou sensível ao toque. Dirija-se às urgências se sentir falta de ar súbita ou dor no peito, ou se perder a sensibilidade nas pernas, não conseguir movê-las ou perder o controlo da bexiga ou dos intestinos.

Fusão lombar

Taxas de complicações da literatura publicada

Obtido a partir de 80 estudos publicados. Estes são índices populacionais, não o seu risco individual — o seu cirurgião discutirá o que se aplica a si.

COMPLICAÇÃO	TAXA RELATADA	NOTAS
Cirurgia de revisão	15%	Taxa geral de cirurgias de revisão em procedimentos de fusão lombar de um ou dois níveis.
Lesão neurológica	0-7%	Taxa relatada de lesão neurológica perioperatória durante PLIF e TLIF instrumentados; a dor radicular é o sintoma mais comum.
Pseudartrose	—	As taxas de fusão variam conforme a patologia (90% em casos degenerativos, 93% em espondilolistese, 65% em casos de pseudartrose pré-operatória); os fatores de risco incluem idade, tabagismo e número de níveis afetados.
Infecção	—	A infecção do sítio cirúrgico é uma causa comum de reoperação precoce; o uso crônico de esteroides aumenta o risco de complicações perioperatórias.
Doença do segmento adjacente	—	Causa frequente de cirurgia tardia após fusão lombar; a artroplastia apresenta taxas de revisão menores para essa complicação em comparação com a fusão.
Subsidência do implante	12.6%	Taxa geral de subsidência em estudo comparativo entre ALIF, OLIF e TLIF; o TLIF apresentou taxa significativamente maior (16,1%) do que o ALIF (7,1%) e o OLIF (9,8%).
Migração da gaiola	—	Migração sintomática da gaiola que exigiu reoperação ocorreu em 13 casos, em média oito meses após o TLIF endoscópico percutâneo.
Hemorragia	—	Geralmente ocorre perda sanguínea substancial e não mensurada em cirurgias de fusão lombar; o tabagismo está associado a maior perda sanguínea e necessidade de transfusão.

COMPLICAÇÃO	TAXA RELATADA	NOTAS
Tromboembolismo	—	Pacientes em terapia crônica pré-operatória com esteroides apresentam risco aumentado de eventos tromboembólicos venosos após PLF eletiva.
Complicações (TLIF minimamente invasivo)	20%	Taxa geral de complicações no procedimento de fusão intersomática lombar transforaminal minimamente invasiva (MIS TLIF), conforme revisão sistemática de estudos sobre a curva de aprendizado.
Complicações (PLIF vs TLIF)	—	O PLIF está associado a taxa geral de complicações significativamente maior e tempo cirúrgico mais prolongado em comparação ao TLIF.
Eventos adversos (indenização por acidente de trabalho)	36%	Percentual de pacientes submetidos à fusão lombar que apresentaram complicações, numa coorte de trabalhadores sob indenização por acidente de trabalho.

Li estas informações e tive a oportunidade de fazer perguntas ao Dr. Hirpara sobre o procedimento, a recuperação esperada e as complicações listadas acima.

PACIENTE – NOME (EM LETRA DE FORMA)

ASSINATURA

DATA